

The effect of companion training based on Bandura's theory on maternal self-efficacy during childbirth in Mashhad, 2018

Nahid Maleki¹ , Marzieh Najar Mohi Abadi² , Sakineh Seddighi^{3*} 

¹ Midwifery and Reproductive Health Dept, Nursing and Midwifery school, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

² Midwifery Dept, Nursing and Midwifery school, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

³ Nursing Dept, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Article Info

Article type:

Research article

Article History:

Received: 17 April 2023

Revised: 24 August 2023

Accepted: 24 October 2023

Published Online: 02 December 2023

* Correspondence to:

Sakineh Seddighi

Nursing Dept, Mashhad

University of Medical

Sciences, Mashhad, Iran

Email:

SeddighiS@mums.ac.ir

ABSTRACT

Introduction: Self-efficacy during pregnancy is a self-assessment of one's ability to manage stress and perform important behaviors, especially in coping with pain. Women who benefit from the support of others during pregnancy feel more self-efficacious. The studies show that involving family members in education, support or presence during pregnancy has contradictory consequences. This study was therefore conducted with the aim of determining the effect of an accompanying training programme based on Bandura's theory on the mother's self-efficacy during childbirth.

Material & Methods: This RCT was conducted on 60 primiparous mothers between 20 and 23 weeks of gestation who were admitted to Umm al-Banin Hospital in Mashhad and were randomly assigned to two intervention and control groups. The control group received 8 sessions of 90 minutes of oral and practical training. In addition to these sessions, training sessions based on Bandura's theory were held for the intervention group, including two sessions of companions and pregnant mothers together and two sessions alone. A demographic questionnaire and a Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI, Lowe, 1993) were completed by both groups before and immediately after the training. Data were analyzed using independent t-tests, paired t-tests, Mann-Whitney and Wilcoxon in SPSS 16 software. A significance level of less than 0.05 was considered.

Findings: The average age of the mothers in the intervention group was 26.7 ± 8.3 years and in the control group 28.3 ± 5.9 years. In most cases, the mother's companion was her sister (73.3%). Before the training, the mean value of self-efficacy was 82.5 ± 22.3 in the intervention group and 87.5 ± 32.4 in the control group ($P = 0.492$, independent t-test). After the training, the mean value of self-efficacy was 132.4 ± 18.5 in the intervention group and 115.2 ± 26.4 in the control group ($P = 0.006$, Mann-Whitney test). Self-efficacy after the intervention compared to before increased by 49.9 ± 31.3 in the intervention group and by 27.7 ± 29.5 in the control group ($P = 0.007$, Mann-Whitney test). In intragroup comparison, the difference between the intervention group after and before the training was significant ($P < 0.001$, Wilcoxon test). The difference between before and after the training was also significant in the control group ($P < 0.001$, paired t-test).

Discussion & Conclusion: Companion training based on Bandura's theory has an effect on the self-efficacy of pregnant women during childbirth and is recommended as a training method for childbirth preparation.

Keywords: Companion, Education, Natural Childbirth, Psychological Theory, Self Efficacy

➤ How to cite this paper

Maleki N, Najar Mohi Abadi M, Seddighi S. The effect of companion training based on Bandura's theory on maternal self-efficacy during childbirth in Mashhad, 2018. Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2023;31(5): 14-23.

بررسی تأثیر آموزش به همراه بر اساس نظریه بندورا، بر خودکارآمدی زایمان مادران باردار در شهر مشهد طی سال ۱۳۹۷

ناهد ملک‌ی ^۱، مرضیه نجار محی آبادی ^۲، سکینه صدیقی ^۳

^۱ گروه مامایی و سلامت باروری، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

^۲ گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

^۳ گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۲۸

تاریخ ویرایش: ۱۴۰۲/۰۶/۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۰۲

تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۹/۱۱

مقدمه: خودکارآمدی طی زایمان ارزیابی فرد از توانایی‌اش برای مقابله با استرس و اجرای رفتارهای ضروری، به‌ویژه در مقابله با درد زایمان است. زنانی که در بارداری از حمایت نزدیکان خود بهره‌مند می‌شوند، احساس توانایی بیشتری دارند. درباره پیامد مشارکت دادن همراه در آموزش‌های حین بارداری و یا حضور آنان طی فرایند زایمان، یافته‌های ضدونقیضی وجود دارد؛ بنابراین، این پژوهش با هدف تعیین تأثیر آموزش به همراه بر اساس نظریه بندورا بر خودکارآمدی مادر باردار طی زایمان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این کارآزمایی بالینی تصادفی در سال ۱۳۹۷ بر روی ۶۰ مادر باردار نخست‌زای مراجعه‌کننده به بیمارستان ام‌البنین مشهد انجام گردید که به‌صورت در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی، در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. کلاس آمادگی زایمان برای گروه کنترل در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به‌صورت شفاهی و عملی برگزار گردید. برای گروه مداخله علاوه بر این، جلسات آموزشی بر اساس نظریه بندورا، مشتمل بر دو جلسه مشترک برای همراه و مادر و دو جلسه به‌تنهایی برای همراه برگزار شد. پیش و بلافاصله پس از پایان آموزش، پرسش‌نامه ویژگی‌های دموگرافیک و خودکارآمدی زایمان (لوی، ۱۹۹۳)، از سوی دو گروه تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی مستقل، آزمون تی زوجی، من‌ویتنی و ویلکاکسون در نرم‌افزار SPSS vol.16 تحلیل شد. سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌های پژوهش: میانگین سن مادران گروه مداخله $26/7 \pm 8/3$ و گروه کنترل $28/3 \pm 5/9$ سال بود. نسبت همراه با مادر در بیشتر موارد، خواهر بود (۷۳/۳ درصد). پیش از مداخله، میانگین خودکارآمدی زایمان در گروه مداخله $82/5 \pm 22/3$ و در گروه کنترل $87/5 \pm 32/4$ بود ($P=0.492$ ، آزمون تی مستقل). پس از مداخله، میانگین خودکارآمدی زایمان در گروه مداخله $132/18 \pm 4/5$ و در گروه کنترل برابر با $115/2 \pm 26/4$ شد ($P=0.006$ ، آزمون من‌ویتنی). خودکارآمدی زایمان پس از مداخله در مقایسه با قبل، در گروه مداخله $49/9 \pm 31/3$ و در گروه کنترل $27/7 \pm 29/5$ افزایش داشت ($P=0.007$ ، آزمون من‌ویتنی). در مقایسه درون‌گروهی، در گروه مداخله تفاوت پس با پیش از مداخله، معنی‌دار بود ($P<0.001$ ، آزمون ویلکاکسون)؛ همچنین در گروه کنترل تفاوت پس با پیش از مداخله معنی‌دار بود ($P<0.001$ ، آزمون تی زوجی).

بحث و نتیجه‌گیری: آموزش به همراه بر اساس نظریه بندورا بر خودکارآمدی مادر باردار در زایمان تأثیر دارد. استفاده از آن به‌عنوان یک روش آموزشی به‌منظور آمادگی برای زایمان پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: زایمان طبیعی، آموزش، همراه، خودکارآمدی، نظریه روان‌شناسی

استناد: ملک‌ی، ناهید؛ نجار محی آبادی، مرضیه؛ صدیقی، سکینه. بررسی تأثیر آموزش به همراه بر اساس نظریه بندورا، بر خودکارآمدی زایمان مادران

باردار در شهر مشهد طی سال ۱۳۹۷. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام، آذر ۱۴۰۲؛ ۳۱(۵): ۲۳-۱۴.

مقدمه

بارداری پدیده‌ای فیزیولوژیک است و پایان آن یعنی زایمان، حادثه‌ای است که با ترس، نگرانی و حتی وحشت از مرگ همراه است (۱). در بیشتر موارد، زایمان به شیوه طبیعی ایمن‌ترین روش زایمان هم برای مادر و هم برای نوزاد است؛ اما گاهی اوقات به علل پزشکی امکان‌پذیر نیست و سزارین می‌تواند به‌عنوان یک اقدام ضروری برای حفظ سلامت مادر و نوزاد انجام شود (۲). یکی از دلایل افزایش میزان سزارین، علل غیر طبی و درخواست مادران است. بر اساس اعلام سازمان بهداشت جهانی، در هیچ منطقه‌ای از دنیا میزان زایمان سزارین نباید بیش از ۱۵ درصد باشد، درحالی‌که زایمان سزارین در ایران، ۴-۳ برابر استاندارد جهانی است و ۷۵ درصد سزارین‌های انجام‌شده بدون اندیکاسیون‌های طبی و به‌صورت انتخابی بوده است (۴، ۳). از مهم‌ترین عواملی که می‌تواند باعث شود تا مادران به انجام سزارین گرایش پیدا کنند، این است که زنان درد زایمان را خارج از توان خود می‌پندارند. اساساً چنین زنانی سزارین را صرفاً برای اجتناب از زایمان طبیعی درخواست می‌کنند و این درخواست از خودکارآمدی پایین آنان در انجام زایمان طبیعی حاصل می‌شود (۵).

خودکفایتی یا خودکارآمدی که از سازه‌های نظریه شناختی اجتماعی بندورا است، باور و اطمینان فرد در توانایی خود برای انجام کاری است. بر اساس تئوری بندورا، خودکارآمدی تحت تأثیر چهار منبع اطلاعاتی اصلی قرار می‌گیرد:

۱. دستاوردهای عملکردی (برای مثال تجربه پیشی)؛
۲. تجربه‌های نیابتی یا جانشینی (برای مثال مشاهده زنان دیگر)؛
۳. متقاعدسازی کلامی (برای مثال تشویق از سوی افراد مؤثر چون دوستان، خانواده و مشاوره‌های پیشینی)؛
۴. پاسخ‌های فیزیولوژیکی (برای مثال خستگی، استرس، اضطراب) (۹-۶).

خودکارآمدی کم می‌تواند انگیزش را نابود و با توانایی شناختی تداخل کند و تأثیر نامطلوبی بر سلامت جسمی-روانی بگذارد. در مقابل، افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند، معتقدند که می‌توانند به‌طور مؤثری با رویدادها

و شرایطی که مواجه می‌شوند، برخورد کنند (۱۰).

از دیدگاه بندورا، خودکارآمدی به داشتن مهارت مربوط نمی‌شود، بلکه به داشتن باور انجام کار در موقعیت‌های مختلف زندگی اشاره دارد. یکی از این موقعیت‌های خاص، زایمان است (۱۱). از آنجا که مراقبت مداوم حین زایمان باعث کاهش پیامدهای مادری و نوزادی زایمان می‌شود و همچنین حمایت خانواده و مشارکت دادن آنان در شناخت خطرات و نیازهای بیمار می‌تواند به بهبود عملکرد و تغییر رفتار وی کمک کند، در همین راستا، در کشورهای توسعه‌یافته، در ۹۵ درصد موارد، زانو مورد حمایت همسر و یا سایر اعضای خانواده قرار می‌گیرد (۱۱). ضمن اینکه برخی مطالعات نشان داده‌اند، در زنانی که احساس امنیت بیشتری می‌کنند، درد به شکل مناسبی کنترل می‌شود و پیشرفت زایمان تسهیل می‌گردد (۱۱، ۵). نگاهی به مطالعات نشان می‌دهد که درباره به‌کارگیری حمایت، شریک کردن اعضای خانواده در آموزش و پیامد حضور آنان در فرایند زایمان، نتایج ضدونقیضی وجود دارد، وجود افراد ناراضی در گروه حمایت‌شده و اینکه حمایت خانواده یا دوستان به هنگام زایمان همیشه تجربه‌ای مثبت نبوده، از شواهد این امر است (۱۶-۱۱).

در مطالعه هوهارن اذعان شد که حضور اعضای خانواده در کلاس‌ها، سازگاری زنان با درد زایمان را افزایش می‌دهد و از ترس آنان می‌کاهد؛ اما بر انتخاب نوع زایمان و مدت لیبر تأثیری ندارند (۱۷). در پژوهش جیمز و همکاران، سطح اضطراب مادران با دریافت حمایت و حضور همراه کاهش یافته بود؛ اما تفاوتی از نظر نوع زایمان، طول مرحله اول و دوم، صدمات پرینه و آپگار نوزاد در میان دو گروه مشاهده نشد (۱۸). در مطالعه کمپرو و همکاران بیان گردید که آموزش و حضور همراه در زنان احساس امنیت بیشتری ایجاد می‌کند، درد به شکل مناسبی کنترل می‌شود و پیشرفت زایمان در مادر تسهیل می‌گردد (۱۲).

شواهد نشان داده‌اند که آموزش به همراه مادر باردار می‌تواند در افزایش آگاهی و دانش این افراد برای حمایت مطلوب‌تر، مؤثر باشد؛ اما میزان پیشرفت زایمان و رضایتمندی

و نیمی به عنوان کنترل لحاظ گردیدند. معیارهای ورود به مطالعه رضایت شرکت در پژوهش، سن ۱۸ تا ۳۵ سال، برخوردار بودن از سواد خواندن و نوشتن، سن بارداری ۲۰ تا ۳۷ هفته، بارداری تک قلو، نبود موانع شناخته شده زایمان طبیعی، نداشتن بارداری پرخطر نظیر پره اکلامپسی، جفت سرراهی و...، نداشتن سابقه شرکت در کلاس های آمادگی زایمان و نداشتن مشکل در برقراری ارتباط بودند. شرکت کنندگان در صورت نارضایتی از ادامه همکاری، غیبت بیش از یک جلسه یا بیشتر در کلاس ها و قادر نبودن به ادامه برنامه به علت بیماری، از مطالعه خارج می گردیدند. در رابطه با ملاحظات اخلاقی، مجوز از کمیته اخلاق (IR.MUMS.NURSE.REC.1397.084) دانشگاه علوم پزشکی مشهد اخذ شد. ابزارهای استفاده شده در این مطالعه شامل فرم انتخاب واحد پژوهش (فرم معیارهای ورود و خروج)، فرم رضایت آگاهانه شرکت در طرح تحقیقاتی، فرم جمع آوری اطلاعات دموگرافیک و پرسش نامه خودکارآمدی زایمان بودند.

همه شرکت کنندگان در نمونه گیری فرم رضایت نامه آگاهانه را پر کردند. فرم جمع آوری اطلاعات دموگرافیک شامل دو بخش: الف. مشخصات مادر (شامل سه سؤال سن، تحصیلات، شغل) و ب. مشخصات همراه با پنج سؤال (سن، تحصیلات، شغل، نوع زایمان، نسبت با مادر)، توسط شرکت کنندگان تکمیل گردید. برای بررسی خودکارآمدی زایمان، از فرم کوتاه پرسش نامه خودکارآمدی زایمان (CBSEI) (لوی، ۱۹۹۳) استفاده شد که ۱۷ سؤال برای سنجش خودکارآمدی مربوط به زایمان دارد. در این پرسش نامه، پاسخ سؤالات به صورت طیف لیکرت ده تایی (خودکارآمدی زایمان، کاملاً نامطمئن = ۱ تا کاملاً مطمئن = ۱۰) است. به این ترتیب، امتیازها دامنه ۱۷ تا ۱۷۰ را شامل می شود. نمره بیشتر نشان دهنده خودکارآمدی زایمان بیشتر است. برای تعیین روایی ابزارهای پژوهشگر ساخته (پرسش نامه دموگرافیک)، از روایی محتوا استفاده شد. برای بررسی روایی صوری و روایی محتوایی پرسش نامه خودکارآمدی زایمان، این پرسش نامه به ۷ نفر از متخصصان مربوطه (اعضای

مادر از تجربه زایمان متفاوت بود؛ برخی افراد احساس خوشایند کمتری و برخی دیگر احساس نارضایتی کمتری نسبت به زایمان داشتند (۲۰، ۱۹، ۱۲، ۴).

با توجه به آمارهای موجود و میزان بالای زایمان سزارین در ایران، آموزش به همراه و داشتن یک حامی آگاه و قابل اعتماد برای مادر باردار می تواند نقش کلیدی در افزایش خودکارآمدی آنان برای سازگاری با زایمان، کاهش ترس از زایمان طبیعی و در نتیجه، کاهش تمایل آنان به انجام سزارین داشته باشد؛ بنابراین، از سزارین غیر ضروری و متعاقباً عوارض ناشی از آن کاسته می شود (۲۲، ۲۱، ۱۱).

با توجه به اینکه آموزش عنصر کلیدی جلب اعتماد بیمار است، زمانی اثرگذارتر می گردد که بر اساس الگویی مانند الگوی خودکارآمدی همراه باشد. از سویی، ارائه چنین برنامه ای یکی از وظایف مهم پرستاران و ماماها به عنوان اولین آموزش دهندگان و اعضای مهم گروه سلامت است که باید به بیمار و همراه وی کمک کنند تا از طریق افزایش آگاهی، به حداکثر توانمندی یا خودکارآمدی برسند. آموزش به همراه با طبیعت تعاملی، هدایت توسط خود، انعطاف پذیری و سایر ویژگی هایش، قابلیت فائق آمدن بر برخی از مشکلات درباره توانمند شدن مادران را دارد (۱۱) که این خود می تواند به بهبود خودکارآمدی زایمانی مادران کمک کند و زمینه را برای تجربه یک زایمان خوشایند فراهم نماید که از جمله اهداف مهم در ارتقای کیفیت خدمات بالینی مامایی است؛ بنابراین، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش به همراه بر اساس نظریه بندورا بر خودکارآمدی زایمان مادران باردار شهر مشهد طراحی و انجام شد.

مواد و روش ها

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی روی ۶۰ مادر باردار نخست زای مراجعه کننده به بیمارستان ام البنین مشهد، در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۷ انجام گردید که به صورت در دسترس، بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب و به صورت تصادفی، در دو گروه آزمون و گروه کنترل، به روش بلوک بندی قرار گرفتند؛ بدین صورت که بلوک ها بر اساس متغیرهای دموگرافیک تشکیل شد و در هر بلوک، نیمی از افراد آزمون

هیئت علمی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد) داده شد (CVR=0/75 و CVI=0/80). برای بررسی پایایی پرسش‌نامه خودکارآمدی زایمان، از دو شیوه همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷ برای همه زیرمقیاس‌ها) و ثبات (آزمون مجدد ۰/۹۹) استفاده گردید. پس از کسب مجوز کمیته اخلاق دانشگاه و ارائه مجوز به مرکز آموزشی و درمانی ام‌البنین، ابتدا و پیش از شروع مداخله، مادران در هر دو گروه ۳۰ تایی پرسش‌نامه خودکارآمدی زایمان را تکمیل کردند؛ سپس مامای آموزش‌دیده کلاس آمادگی زایمان برای مادر باردار (گروه کنترل) از هفته ۲۰ تا ۳۷ بارداری (یک هفته در میان)، در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به صورت شفاهی و عملی را برگزار نمودند. محتوای آموزش در جلسه اول آموزش بهداشت فردی و سازگاری با تغییرات دوران بارداری، جلسه دوم تغذیه در دوران بارداری و چگونگی مصرف مواد غذایی، جلسه سوم بهداشت روان، نقش همسر و تغییرات خلق و خو در بارداری، جلسه چهارم علائم هشدار و تشخیص دردهای طبیعی و غیرطبیعی بارداری، جلسه پنجم برنامه‌ریزی برای زایمان و انتخاب نوع زایمان، جلسه ششم آشنایی با علائم زایمانی دردهای زایمانی، جلسه هفتم بهداشت پس از زایمان و ورزش‌های پس از زایمان، جلسه هشتم مراقبت از نوزاد، آموزش شیردهی و علائم خطر نوزادی بودند؛ اما برای گروه مداخله ضمن این جلسات، دو جلسه مشترک با همراه (مادر یا خواهر) (در جلسه پنجم و ششم) و دو جلسه به تنهایی برای همراه (جلسه سوم و چهارم) برگزار شد. محتوای آموزش درباره زایمان طبیعی، فواید آن، عوارض سزارین و روش‌های کاهش درد زایمان (غیر دارویی): ۱. تمرین‌های کششی، تن‌آرامی و مهارت‌های تنفسی؛ ۲. قرار گرفتن در وضعیت‌های مختلف در زمان درد؛ ۳. فشار مخالف؛ ۴. تمرکز، تجسم خلاق و انحراف فکر؛ ۵. آوا یا موسیقی؛ ۶. هیپنوتیزم؛ ۷. گرمای سطحی؛ ۸. سرمای سطحی؛ ۹. آب‌درمانی؛ ۱۰. لمس و ماساژ؛ ۱۱. طب سوزنی؛ ۱۲. طب فشاری؛ ۱۳. تحریک الکتریکی عصب از راه پوست؛ ۱۴. آروماتراپی و روش‌های دارویی: ۱. بی‌حسی نخاعی یا اپیدورال؛ ۲. استنشاق داروی بی‌دردی؛ ۳. تزریق داروی بی‌دردی) بود. آموزش برای مادر

باردار و همراه خانم بر اساس هر چهار سازه نظریه بندورا شامل ۱. تجربه موفق (خانمی که زایمان موفق در حضور همراه را داشته است)، ۲. تجربه جانشینی (با پخش فیلم زایمان در حضور همراه)، ۳. تشویق کلامی از طریق آموزش به همراه خانم (مانند جملات «تو می‌تونی زایمان داشته باشی»؛ «من تو رو حمایت می‌کنم» و...)؛ ۴. ارتقای سلامت فیزیکی و روانی مادر (با حضور همراه خانم در کنار مادر باردار و حمایت وی) انجام گردید و بازخورد یادگیری از هر دو گروه مادران به عمل آمد. بلافاصله پس از پایان برنامه آموزشی، دوباره پرسش‌نامه‌ها از سوی دو گروه مداخله و کنترل تکمیل شد.

با توجه به اینکه این پژوهش دو گروهی دومارحله‌ای ارزیابی گردید؛ بنابراین، در هر یک از دو مرحله ارزیابی (پیش و پس از آموزش به همراه)، به منظور مقایسه دو گروه از آزمون‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار و...) و استنباطی استفاده شد، بدین صورت که برای متغیرهای کمی طبیعی از آزمون تی مستقل و برای متغیرهای کمی غیرطبیعی و متغیرهای رتبه‌ای از آزمون من‌ویتنی استفاده گردید. برای آزمون‌های درون‌گروهی و مقایسه دو مرحله پیش و پس از مداخله، برای متغیرهای طبیعی از آزمون تی زوجی و برای متغیرهای غیرطبیعی از آزمون ویلکاکسون استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS vol.16 تجزیه و تحلیل گردید. سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های این پژوهش نشان داد، دو گروه مداخله و کنترل از نظر سن، تحصیلات، شغل، سطح درآمد، نوع بیمه، تعداد بارداری و زایمان، نوع زایمان و نسبت فرد همراه، تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند و باهم همگن بودند (جدول‌های شماره ۱ و ۲). همه مادران مطالعه‌شده سن حاملگی ۲۰ تا ۳۲ هفته داشتند. مادران در دو گروه مداخله و کنترل از نظر سن همگن بودند (جدول شماره ۱). دو گروه مداخله و کنترل از نظر سایر ویژگی‌های دموگرافیک خود و همراه نیز همگن بودند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۱. میانگین و انحراف معیار سن مادران مطالعه شده و سن فرد همراه در دو گروه مداخله و کنترل

P	df	T	گروه		متغیر
			کنترل (۳۰ نفر)	مداخله (۳۰ نفر)	
			انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
۰/۴۰۳	۵۲	-۰/۸	۲۸/۳±۵/۹	۲۶/۷±۸/۳	سن مادر (سال)
۰/۸۸۶	۵۸	-۰/۱	۳۳/۸±۸/۶	۳۳/۵±۷/۵	سن فرد همراه (سال)

معناداری در سطح $P \leq 0.05$ ، آزمون تی مستقل

جدول شماره ۲. میانگین و انحراف معیار سن مادران مطالعه شده و سن فرد همراه در دو گروه مداخله و کنترل

P	Z	Chi	گروه		متغیر
			کنترل	مداخله	
			(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	
۰/۲۳۶	-۱/۲	-			تحصیلات مادر
			۲ (۶/۷)	۶ (۲۰/۰)	متوسطه
			۱۹ (۶۳/۳)	۱۷ (۵۶/۷)	دیپلم
			۹ (۳۰/۰)	۷ (۲۳/۳)	دانشگاهی
۰/۰۹۸	-	۷/۸			شغل مادر
			۲ (۶/۷)	۵ (۱۶/۷)	کارمند
			۲ (۶/۷)	۰ (۰/۰)	آزاد
			۰ (۰/۰)	۱ (۳/۳)	کارگر
			۰ (۰/۰)	۳ (۱۰/۰)	دانشجو
			۲۶ (۸۶/۷)	۲۱ (۷۰/۰)	خانه دار
۰/۶۲۵	-۰/۵	-			تحصیلات فرد همراه
			۴ (۱۳/۳)	۵ (۱۶/۷)	خواندن و نوشتن
			۸ (۲۶/۷)	۶ (۲۰/۰)	متوسطه
			۱۳ (۴۳/۳)	۱۱ (۳۶/۷)	دیپلم
			۵ (۱۶/۷)	۸ (۲۶/۷)	دانشگاهی
۰/۳۷۵	-	۷/۱			شغل فرد همراه
			۴ (۱۳/۳)	۵ (۱۶/۷)	کارمند
			۲ (۶/۷)	۰ (۰/۰)	آزاد
			۰ (۰/۰)	۲ (۶/۷)	کارگر
			۱ (۳/۳)	۱ (۳/۳)	دانشجو
			۲۱ (۷۰/۰)	۲۱ (۷۰/۰)	خانه دار
			۰ (۰/۰)	۱ (۳/۳)	بیکار
			۲ (۶/۷)	۰ (۰/۰)	سایر
۰/۱۸۶	-	۳/۴			نوع زایمان فرد همراه
			۱۶ (۵۳/۳)	۹ (۳۰/۰)	طبیعی
			۸ (۲۶/۷)	۱۲ (۴۰/۰)	سزارین

			۶ (۲۰/۰)	۹ (۳۰/۰)	هر دو
۰/۴۰۵	-	۰/۷			نسبت فرد همراه با مادر
			۱۱ (۳۶/۷)	۸ (۲۶/۷)	مادر
			۱۹ (۶۳/۳)	۲۲ (۷۳/۳)	خواهر
			۳۰ (۱۰۰/۰)	۳۰ (۱۰۰/۰)	کل

معناداری در سطح $P \leq 0.05$ ، آزمون من ویتنی و کای اسکوئر

($P=0.006$). مقیاس خودکارآمدی زایمان پس از مداخله در مقایسه با قبل، در گروه مداخله $49/9 \pm 31/3$ و در گروه کنترل $27/29 \pm 7/5$ افزایش داشت (جدول شماره ۳).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد، پیش از مداخله، طبق آزمون تی مستقل تفاوت میانگین و انحراف معیار مقیاس خودکارآمدی زایمان مادران در دو گروه معنی دار نبود. پس از مداخله، آزمون من ویتنی این تفاوت را معنی دار نشان داد

جدول شماره ۳. میانگین و انحراف معیار مقیاس خودکارآمدی زایمان نمونه پژوهش پیش و پس از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

P	T	Z	گروه		مقیاس خودکارآمدی زایمان
			کنترل (۳۰ نفر)	مداخله (۳۰ نفر)	
			انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
۰/۴۹۲	-۰/۷	-	۸۷/۵ \pm ۳۲/۴	۸۲/۵ \pm ۲۲/۳	پیش از مداخله
۰/۰۰۶	-	-۲/۷	۱۱۵/۲ \pm ۲۶/۴	۱۳۲/۴ \pm ۱۸/۵	پس از مداخله
۰/۰۰۷	-	-۲/۷	۲۷/۷ \pm ۲۹/۵	۴۹/۹ \pm ۳۱/۳	تفاوت پس از مداخله در مقایسه با پیش از مداخله
<۰/۰۰۱	-۵/۱	-۴/۸			نتیجه آزمون درون گروهی

معناداری در سطح $P \leq 0.05$ ، آزمون من ویتنی، تی مستقل، ویلکاکسون و کای اسکوئر

موقعیت پراسترس و اجرای رفتارهای سازگارانه با درد زایمان است. مطالعات اخیر نشان دادند که خودکارآمدی نقش مهمی در سازگاری با لیبر و زایمان دارد و می تواند انگیزه و نگرش زنان باردار برای زایمان طبیعی را تحت تأثیر قرار دهد (۱۷، ۲۳، ۲۴). نتایج این مطالعه بر تأثیر دریافت آموزش توسط همراه بر افزایش خودکارآمدی زایمان مادران باردار صحه می گذارد. همسو با آن، در مطالعه هوهارن تبیین شد که دانش موجب افزایش خودکارآمدی از طریق کاهش ترس و ارتقای کنترل درک درد می گردد. پژوهشگران در این مطالعه به وضوح دریافتند که در شرکت کنندگان در کلاس های آمادگی برای زایمان که همسر به عنوان همراه مادر باردار

بحث و نتیجه گیری

نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر بیان کننده آن است که آموزش به همراه بر اساس نظریه بندورا، بر خودکارآمدی مادر برای زایمان تأثیر دارد، به طوری که خودکارآمدی زایمان در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل، افزایش یافته بود. همسو با این نتیجه، بندورا معتقد است که خودکارآمدی بر همه جنبه های رفتاری و فعالیت های هیجانی فرد از قبیل اضطراب، استرس و الگوهای فکری تأثیر می گذارد و به عنوان یک منبع شخصی، سازگاری را تسهیل می کند (۲۳).

زایمان یکی از موقعیت های استرس زا است. خودکارآمدی زایمان از عوامل تأثیرگذار برای مقابله با این

مقابله با لیبر داشته‌اند، قادر به اجرای رفتارهای مقابله با استرس در زمان لیبر هستند (۲۵، ۲۴).

افزایش نمرات خودکارآمدی زایمان در مطالعه حاضر نشان داد که زنان باردار شرکت کننده در کلاس‌های آمادگی برای زایمان به این باور و اطمینان درباره توانایی‌های خود رسیده‌اند که آنان قادر به انجام مهارت‌های سازگارانه با لیبر در زمان زایمان هستند و حضور و مشارکت همراه مادر طی آموزش، کمک بسیاری در رسیدن به این باور برای مادر دارد. همسو با این یافته، در مطالعه کریم و همکاران، بر نقش حضور همراه در کلاس‌های آموزشی پره‌ناتال و تأثیرش در افزایش خودکارآمدی زایمان صحنه می‌گذارند که خود عاملی مهم در انتخاب روش زایمان است (۲۲). از سویی، پژوهش کشاورز و همکاران بیان می‌کند که شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان، اگرچه با دادن آگاهی و تغییر نگرش زنان نسبت به زایمان می‌تواند باعث افزایش رضایتمندی آنان شود؛ اما مادران حضور همتایان را بیشتر ترجیح می‌دادند؛ زیرا با آنان تعامل بیشتری داشتند تا با همسر یا دیگر همراهان. این یافته تا حدودی به نتیجه پژوهش حاضر تناقض دارد (۵) وجود افراد ناراضی در گروه حمایت شده بیانگر آن است که حضور همراه در همه موارد نیز مفید تلقی نمی‌شود و حمایت خانواده یا دوستان به هنگام زایمان همیشه تجربه‌ای مثبت نیست که از این نظر با مطالعه حاضر هم‌راستا نیست که علت آن می‌تواند تفاوت در نوع مداخله، متدولوژی مطالعات و نیز ویژگی‌های دموگرافیک مشارکت‌کنندگان باشد (۲۶).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر خروج مشارکت‌کنندگان به سبب بروز علائم پرخطر در مادر باردار و تفاوت ویژگی‌های شخصیتی مادران و همراهان در پژوهش بود که غیرقابل اجتناب است. در مقابل، این پژوهش به‌عنوان اولین مداخله انجام شده در ایران بود که نه تنها بر حضور همراه یا دولا حین زایمان تأکید دارد، بلکه با مشارکت فعالانه همراه و نیز آموزش همراهی در کلاس‌های آمادگی زایمان، این آموزش‌ها را از حالت روتین که صرفاً مادران باردار آموزش می‌دیدند، خارج کرد و به شیوه نوین خود بر اساس چارچوب

حضور داشت، خودکارآمدی از طریق آمادگی شناختی و رفتاری برای زایمان افزایش می‌یابد و حضور همسر خود به سازگاری بیشتر با زایمان کمک می‌کند. یافته‌های این پژوهش از جنبه ارتقای خودکارآمدی با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۷).

در پژوهش هادنت و همکاران اشاره شد که آموزش مادران و همراه قابل اعتماد مادر باردار نقش کلیدی در افزایش خودکارآمدی آنان دارد و موجب سازگاری بیشتر با زایمان، کاهش ترس از زایمان طبیعی و در نتیجه، کاهش تمایل آنان به انجام سزارین می‌شود (۱۳) که با یافته مطالعه حاضر همسو بود.

مطالعات مختلفی به سودمندی آموزش به همراه به‌عنوان یک روش آموزشی مستقل اشاره دارند و بیان می‌کنند که آموزش به همراه مادر باردار با طبیعت حمایتی و هدایت توسط همراه، از طریق انعطاف‌پذیری، اعتماد مادر به همراه و سایر ویژگی‌هایش، قابلیت فائق آمدن بر برخی از مشکلات در زمینه آموزش را دارد و می‌تواند در افزایش سطح آگاهی و دانش زنان باردار درباره زایمان، رفتارهای سازگارانه با درد و به تبع آن، ارتقای خودکارآمدی در مواجهه با شرایط استرس‌زای لیبر مؤثر باشد (۲۶-۲۴). سازوکارهای شرح داده شده پیشین در رابطه با نحوه تأثیر آموزش به همراه بر خودکارآمدی زایمان تا حدود بسیاری درباره مطالعه حاضر نیز صدق می‌کند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که پس از آموزش، افزایش معنی‌داری در سطح خودکارآمدی زنان باردار میان دو گروه مشاهده شد. همسو با نتایج مطالعه حاضر، نتایج پژوهشی تصریح می‌کند که آموزش دیدن همراه مادر باردار، از طریق افزایش آگاهی، تغییر نگرش و بهبود مهارت زوجین، بر افزایش خودکارآمدی زنان باردار مؤثر است (۲۴). مطالعات نشان داده‌اند که مداخلات آموزشی با مشارکت همسر، به‌ویژه برای زنان نخست‌زا، از طریق افزایش آگاهی، تغییر نگرش و فراهم آوردن مهارت‌های سازگاری با زایمان، موجب تسهیل دستیابی به خودکارآمدی بالا برای زایمان و کاهش ترس از لیبر می‌شود. گزارش شده است، زنانی که در زمان بارداری سطح اطمینان بیشتری در توانایی‌هایشان برای

مفهومی بندورا برگزار نمود؛ بنابراین، یافته‌های این مطالعه ارزشمند و از نقاط قوت آن محسوب می‌شود.

در مجموع، نتایج این مطالعه نشان داد، برنامه آموزشی به همراه موجب ارتقای سطح خودکارآمدی زایمان مادران می‌گردد. آموزش به همراه و مشارکت دادن وی در کلاس‌های آمادگی برای زایمان می‌تواند برنامه‌های آموزشی را پربارتر و غنی‌تر کند؛ بنابراین، می‌توان آن را برای رسیدن به اهداف آموزشی در زمینه خودکارآمدی زایمان، به‌عنوان یک روش مستقل آموزشی تلقی نمود. امید است با بهره‌گیری از این دستگاه نوین آموزشی، گامی مؤثر برای خوشایندسازی زایمان طبیعی و کاهش میزان سزارین و درنهایت، ارتقای سطح سلامت مادر و خانواده در کشور برداشته شود.

سپاس‌گزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی با کد مصوب «۱۳۹۷-۰۸۴» دانشگاه علوم پزشکی مشهد است. بدین وسیله از حمایت‌های معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و همکاری صمیمانه کارکنان بیمارستان ام‌البنین مشهد تشکر و قدردانی

- Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977; 84:191-215. doi: 10.1037//0033-295x.84.2.191.
- Dai X, Dennis C-L. Translation and validation of the breastfeeding self-efficacy scale into Chinese. *J Midwifery Womens Health* 2003; 48:350-6. doi.org/10.1016/S1526-9523(03)00283-6.
- Dennis C-L. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *J Hum Lact* 1999; 15:195-201. doi: 10.1177/089033449901500303.
- Rajabi G. Validity and reliability evaluation of general self-efficacy scale (GSE1-10) in psychology students of training sciences and psychology faculty of Ahwaz Shahid Chamran University and Marvdasht Azad University. *New Thou Educ* 2006;2: 111-22.
- Schultz D. *A history of modern psychology*: Academic Press 2013.
- Cwiek D, Grochans E, Sowińska-Gługiewicz I, Wysiecki P. Analysis of some pro-health behaviors of pregnant women after a childbirth education class. *Wiad Lek* 2004; 57:48-51.
- Campero L, Hernández B, Osborne J, Morales S, Ludlow T, Muñoz C. Support from a prenatal instructor during childbirth is associated with reduced rates of caesarean

می‌شود.

حمایت مالی

بودجه و حمایت مالی این طرح توسط معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد فراهم گردید.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

کد اخلاق

IR.MUMS.NURSE.REC.1397.084

سهام نویسندگان

نویسنده اول: پیشنهاد طرح، انجام آزمون آماری، نوشتن مقاله، تنظیم مقاله بر اساس فرمت مجله، سابمیت مقاله، انجام آزمون آماری مجدد، انجام اصلاحات با مشورت سایر نویسندگان، پاسخ به داوری‌ها. نویسنده دوم: انجام آزمون آماری، پاسخ به داوری‌ها نویسنده سوم: پیشنهاد طرح، نمونه‌گیری، ورود داده‌ها به نرم افزار

References

- Besharati F, Hazavehei SMM, Moeini B, Moghimbeigi A. Effect of educational interventions based on theory of planned behavior (TPB) in selecting delivery mode among pregnant women referred to Rasht health centers. *J Zanjan Univ Med Sci Health Serv* 2012; 19:94-106. doi: JR_ZUMS-19-77_010.
- Lobel M, DeLuca RS. Psychosocial sequelae of cesarean delivery: review and analysis of their causes and implications. *Soc Sci Med* 2007; 64:2272-84. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.02.028.
- Abedian Z, Navaee M, Sani HJ, Ebrahimzadeh S. Comparing two instructional methods of role playing and lecture on primigravida females, decision about type of delivery. *J Educ Health Promot* 2017; 6:29. doi: 10.4103/jehp.jehp_85_15.
- Shakeri M, Mazlounzade S, Mohamaian F. Factors affecting the rate of cesarean section in Zanjan maternity hospitals in 2008. *J Adv Med Biomed Res* 2012; 20:98-104(persian).
- Keshavarz M, Shariati M, Jahdi F. Effects of complementary therapies on pain and labor outcomes in nuliparous women referred to delivery unit in Fatemiyeh Hospital in Shahrood city (2003-2005). *Med Sci J* 2008; 18:245-50. (persian)

- section in a Mexican study. *Midwifery* 2004; 20:312-23. doi: 10.1016/j.midw.2004.04.002.
13. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;7:CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.
 14. Javad NM, Afshari P, Montazeri S, Latifi S. The effect of continuous labor support by accompanying person during labor process. *Sci Med J* 2008; 7. doi: 10.1186/s13584-019-0299-3
 15. Khavandizadeh Aghdam S. The effect of the continuous labor support from a supportive companion on the process and outcomes of labor in primigravida. *J Ardabil Univ Med Sci* 2006; 6:368-73.
 16. Rafiee Vardanjani L, Safdari Dahcheshmeh F. The effect of the presence of an attendant on anxiety and labor pain of primiparae referring to Hajar Hospital in Shahre Kurd. *J Res Dev Nurs Midw* 2012; 9:41-50.
 17. Howharn C. Effects of childbirth preparation classes on self-efficacy in coping with labor pain in Thai primiparas: The University of Texas. Austin 2008.
 18. James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B. High risk pregnancy e-book: Management options-expert consult: Elsevier Health Sciences 2010.
 19. Dehcheshmeh FS, Salehian T, Parvin N. The effect of spouses' educational classes held for primiparous women referring to Hajar hospital on their quality of life and pregnancy outcomes. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2014;19: S59.
 20. Niaki MT, Behmanesh F, Mashmuli F, Azimi H. The Effect of Prenatal Group Education on Knowledge, Attitude and Selection of Delivery Type in Primiparous Women. *Iran J Med Educ* 2010;10,2.
 21. Bagheri A, Masoodi-Alavi N, Abbaszade F. Effective factors for choosing the delivery method among the pregnant women in Kashan. *Feyz* 2012;16: 146-53.
 22. Karim F, Ghazi A, Ali T, Aslam R, Afreen U, Farhat R. Trends and determinants of cesarean section. *J Surg Pak* 2011; 16:1. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024654.
 23. Ali Akbarei S, Jamalain R, Koahn S, Valaie N. Effect of childbirth preparation on reduction of pain and duration of delivery. *Feyz* 2000; 4:41-8.
 24. Ip WY, Tang CS, Goggins WB. An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *J Clin Nurs* 2009; 18:2125-35. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02720.x.
 25. Gao LL, Ip WY, Sun K. Validation of the short form of the chinese childbirth self-efficacy inventory in Mainland China. *Res Nurs Health* 2011; 34:49-59. doi: 10.1002/nur.20400.
 26. Hamzekhani M, Hamidzadeh A, Vasegh Rsf, Montazeri A. Effect of computerized educational program on self-efficacy of pregnant women to cope with childbirth. *JKH* 2014; 9:13-20. doi:10.22100/jkh. v9i1.407.
 27. Aziken M, Omo-Aghoja L, Okonofua F. Perceptions and attitudes of pregnant women towards caesarean section in urban Nigeria. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007 1; 86:42-7. doi: 10.1080/00016340600994950.